

**IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.**

| NAME                      | CLAIM #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATE FILED | DEBTOR                      | ASSERTED CLAIM AMOUNT |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------|
| Rivera Acosta, Constancia | 105628                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 6/28/2018  | Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                |
| Reason:                   | <b>Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors</b> |            |                             |                       |

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

| NOMBRE                    | N.º DE RECLAMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA DE PRESENTACIÓN | DEUDOR                      | MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Rivera Acosta, Constancia | 105628                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6/28/2018             | Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                          |
| Base para:                | <b>La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.</b> |                       |                             |                                 |

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objección global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

**\*\*\*CUST PR 1845 SRF 38154 PackID: 595 MMLID: 1985271 SVC: 115th Omni  
Rivera Acosta, Constancia  
P.O. Box 415  
Salinas, PR 00751**

## SOLICITUD DE RETIRO

**Nota:** Conteste todas las preguntas. Escriba a máquina o con tinta en letra de molde. Si no hay espacio suficiente use otro papel y acompañelo a esta solicitud. **LEA INSTRUCCIONES AL DORSO.**

Por la presente solicito los beneficios del Retiro, de acuerdo a las disposiciones de la Ley Núm. 91 del 29 de marzo de 2004, según enmendada.

|                 |                                                                                                                             |                                                                          |                   |                                                                                    |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nombre       | Apellido Paterno                                                                                                            | Apellido Materno                                                         | 2. Seguro Social: | 3. Sexo                                                                            |
| Constancia      | Rivera                                                                                                                      | Acosta                                                                   | REDACTED          | <input checked="" type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |
| Constancia      | Rivera                                                                                                                      | Acosta                                                                   | -2432             |                                                                                    |
| 4. Estado Civil | <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) | <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) |                   |                                                                                    |

|                                   |                       |                             |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 5. Dirección Postal:              | 6. Número de Teléfono | 7. Fecha de Nacimiento      |
| P.O. Box 415<br>Salinas, PR 00751 | 787-376-8285          | REDACTED<br>— Dia Mes Año — |

|                                             |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| 8. Dirección Residencial:                   | 9. Agencia donde trabaja  |
| Urb. Las Antillas C-16<br>Salinas, PR 00751 | Departamento de Educación |

|                          |                      |                                         |
|--------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| 10. Pueblo donde trabaja | 11. Puesto que ocupa | 12. Fecha de efectividad de la renuncia |
| Salinas                  | Trabajadora Social   | 31 de mayo de 2007                      |

|                      |                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. Prestamo con SRM | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                                        |
| Tipo                 | <input type="checkbox"/> Hipotecario <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Viaje Cultural |

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. Razón para el Retiro                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Años de Servicio y Edad <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Edad (60 años con 10 años de servicio y menos de 25 años de Servicio) |

|                                                |                                      |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 15. Nombre del Cónyuge:                        |                                      |
| Juan Sánchez Vázquez                           |                                      |
| 16. Nombre de hijos menores de 18 años de edad | Fecha de Nacimiento (Mes, Dia y Año) |
|                                                |                                      |
|                                                |                                      |
|                                                |                                      |

2 de mayo 2007

Fecha

Constancia Rivera Acosta

Firma del Solicitante

## PARA USO DEL PATRONO

## CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR INMEDIATO

|                               |                          |                                       |                   |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 17. CERTIFICO que             | CONSTANCIA RIVERA ACOSTA | se encuentra actualmente en           | ESCUELA INT. URB. |
|                               | Nombre                   |                                       | Servicio Activo   |
| Uso de licencia (especifique) |                          | ; la fecha de Renuncia es efectiva el |                   |
|                               |                          | 31 de Mayo de 2007                    |                   |
|                               |                          | Dia/Mes/Año                           |                   |

2 de mayo 2007

Fecha

Zaiden Rodriguez Otero  
Superintendente de Escuelas o  
Jefe de Personal del Departamento o Agencia

Vea Instrucciones al dorso

HOJA DE APROXIMADO DE TIEMPO COTIZADO

NOMBRE PARTICIPANTE:

**REDACTED**

SEGURO SOCIAL:

3432

| SRM   | AÑO | MES | SEMANA | DIAS |
|-------|-----|-----|--------|------|
| 84-85 |     |     |        |      |
| 85-86 |     |     |        |      |
| 86-87 |     |     |        |      |
| 87-88 |     |     |        |      |
| 88-89 |     |     |        |      |
| 89-90 |     |     |        |      |
| 90-91 |     |     |        |      |
| 91-92 |     |     |        |      |
| 92-93 |     |     |        |      |
| 93-94 |     |     |        |      |
| 94-95 |     |     |        |      |
| 95-96 |     |     |        |      |
| 96-97 |     |     |        |      |
| 97-98 |     |     |        |      |
| 98-99 |     |     |        |      |
| 99-00 |     |     |        |      |
| 00-01 |     |     |        |      |
| 01-02 |     |     |        |      |
| 02-03 | 22- | 6   | 3      | 4    |
| 03-04 | 1-  |     |        |      |
| 04-05 | 1-  |     |        |      |
| 05-06 | 1-  |     |        |      |
| 06-07 |     | 7   |        |      |
| TOTAL | 26  | 1   | 3      | 4    |

REPRESENTANTE DE SERVICIOS:

Aproximado  
hasta 31 en 2007

FECHA:

Aproximado (F)

$$\begin{array}{r} 2,870 (23) \\ 2,770 (12) \\ 2,620 (1) \\ \hline 34 = 101,870 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 101,870 \\ \times 1.9\% \\ \hline 50.93 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 25/50 = \\ 1.8\% \\ \hline 1,324.18 \\ - 254.67 \\ \hline 1,069.51 \end{array}$$

(9%) (20)

Pension  
proximada  
no final